



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
**SOLICITUD DE CUIDADO FUERA DEL HOGAR EN
EL PROGRAMA DDD DE COLOCACIÓN VOLUNTARIA**
REQUEST FOR OUT-OF-HOME CARE IN THE DDD VOLUNTARY PLACEMENT PROGRAM

FECHA DE SOLICITUD	NOMBRE DEL/DE LOS PADRE(S)		
El nombre de mi/nuestro niño/a o joven es _____ y tiene _____ años.			
Soy/somos los padres legales con tutela de mi/nuestro/a niño/a: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Yo/nosotros solicito/solicitamos la colocación fuera del hogar para el niño/a mencionado anteriormente.			
¿ALGUNA OTRA INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO LEGAL DE SU NIÑO/A?			FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN DONDE VIVE AHORA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
SU NIÑO/A VIVE CON USTED EN ESTA DIRECCIÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NÚMERO DE TELÉFONO ACTUAL EN CASA	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
NÚMERO DE TELÉFONO ACTUAL EN EL TRABAJO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR ACTUAL	
NÚMERO DE TELÉFONO ACTUAL EN EL TRABAJO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR ACTUAL	
RCW 74.13.350 rige el Programa de Colocación Voluntaria. Requiere que la colocación fuera del hogar se base únicamente en el impedimento del niño/a.			
FIRMA DEL PADRE/MADRE	FIRMA DEL PADRE/MADRE	FIRMA DEL REPRESENTANTE DDD	

DSHS 10-277 SP (REV. 02/2006)

ATTACHMENTS: RCW 74.13.350 Brochure

COPIES TO: Parent; File; Database